Mehrkostenvereinbarung Füllungsalternativen	Zahnarztpraxis Heindel

Gemäß § 28 Abs. 2 SGB V

Vor- und Zuname _____

Straße _____

PLZ Ort _____

Geburtsdatum _____

Und

Praxisstempel

Die nachstehend aufgeführten zahnärztlichen Leistungen gehen über eine gem. § 12 SGB V ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Form der Versorgung bei Füllungstherapien hinaus.
Ich wünsche eine Versorgung unter Zugrundelegung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in Form von

- o der dentinadhäsiven Mehrschichtrekonstruktion (und/oder)
- o von Inlays

Die Mehrkosten für die Füllungsalternativen werden wie folgt veranschlagt:

Zahn/Regio	**Gebr.Nr.GOZ**	**Abzgl. Bema Nr. 13a-d**	**Leistungsbezeichnung**	**Faktor**	**Betrag €**
				Gesamtkosten	

Eine Verbindliche Festsetzung der Steigerungsfaktoren ist erst bei Rechnungslegung nach den Bemessungskriterien des § 5 GOZ (Zeitaufwand, Schwierigkeit, Umstände bei der Ausführung) möglich.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Patient/Zahlungspflichtiger

_____ _____

Ort, Datum Aufklärender Zahnarzt